

Departamento de Medicina Interna.
Sección de Medicina Pulmonar.
Sacramento Medical Center.
Universidad de California
Sacramento-California (E.U.A).

NODULO PULMONAR REUMATOIDEO CAVITADO

R. Vidal Lourés*, G.H. Parsons y G.A. Lillington, FRCP (C), FACP

Introducción

El nódulo pulmonar, único o múltiple, es una de las manifestaciones sistemáticas de la artrosis reumatoide. Radilógicamente, un nódulo reumatoideo solitario frecuentemente se asemeja a un carcinoma broncogénico y su diferenciación a menudo requiere el estudio histológico de la pieza reseçada.

La cavitación es una complicación común del carcinoma broncogénico que también puede ocurrir en el nódulo reumatoideo necrobiótico.

La presencia de cavitación en una lesión pulmonar sugiere la etiología maligna o infecciosa, pero el nódulo reumatoideo debe ser incluido en el diagnóstico diferencial. Nosotros presentamos un caso de nódulo reumatoideo cavitado que, debido a la presencia en el esputo de células de apariencia «maligna», fue diagnosticado con carcinoma broncogénico.

Caso clínico

Una mujer de 56 años, fue remitida al servicio de cirugía torácica para tratamiento quirúrgico de un «carcinoma broncogénico cavitado». La historia clínica de la paciente era típica de artritis reumatoide presente desde hacía 20 años y que afectaba a múltiples articulaciones, había sido fumadora de veinte cigarrillos al día durante muchos años.

En enero de 1975, la paciente ingresó en un hospital municipal para tratamiento de una

hemorragia digestiva que se pensó fue debida a gastritis postsalicilatos.

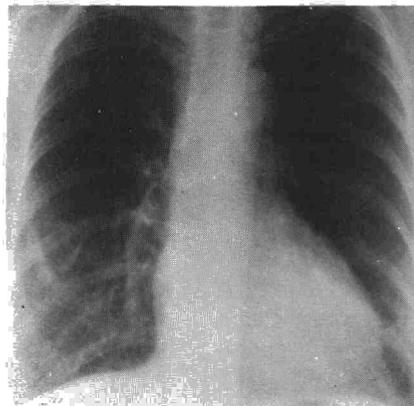
A su ingreso en nuestro centro en febrero de 1975, la paciente presentaba en manos, muñecas, codos y rodillas las características deformidades de la artritis reumatoide.

La radiografía de tórax y tomografías (figs. 1 y 2) obtenidas a su ingreso, mostró una lesión cavitada en el lóbulo inferior derecho. Radiografías previas de tórax no fueron disponibles para comparación. Muestras de esputo y material procedente del lavado bronquial con solución salina obtenido a través del broncoscopio, mostraron la presencia de células sugestivas de carcinoma. Las pruebas dérmicas de la tuberculina (P.P.D.) histoplasma y coccidioidina resultaron negativas.

Aunque las muestras de esputo que fueron etiquetadas como malignas no se revisaron, se consideró que el diagnóstico de carcinoma parecía suficientemente probable y que la intervención quirúrgica estaba indicada.

La resección del lóbulo inferior derecho se llevó a cabo sin complicaciones y la paciente se recuperó con prontitud.

Fig. 1. Radiografía postero-anterior de tórax mostrando una cavidad en el lóbulo inferior derecho.



El examen microscópico de la lesión reveló la existencia de un típico nódulo reumatoideo necrobiótico. La pared interior de la cavidad consistía de tejido necrótico rodeado de capas de histiocitos y linfocitos (fig. 3) dispuestos en empalizada. No se encontró tejido tumoral en ninguna área de la lesión.

Discusión

En 1969, Panettiere y colaboradores revisaron la literatura médica y encontraron sólo 9 casos de cavitación en nódulos reumatoideos pulmonares; dado que los nódulos pulmonares a menudo presentan necrobiosis, uno esperaría encontrar cavitación con una mayor frecuencia.

Las complicaciones pulmonares de la artritis reumatoide² también inclu-

Fig. 2. Tomografía que demuestra una cavidad bien circunscrita.



*Fellow en Medicina Pulmonar.

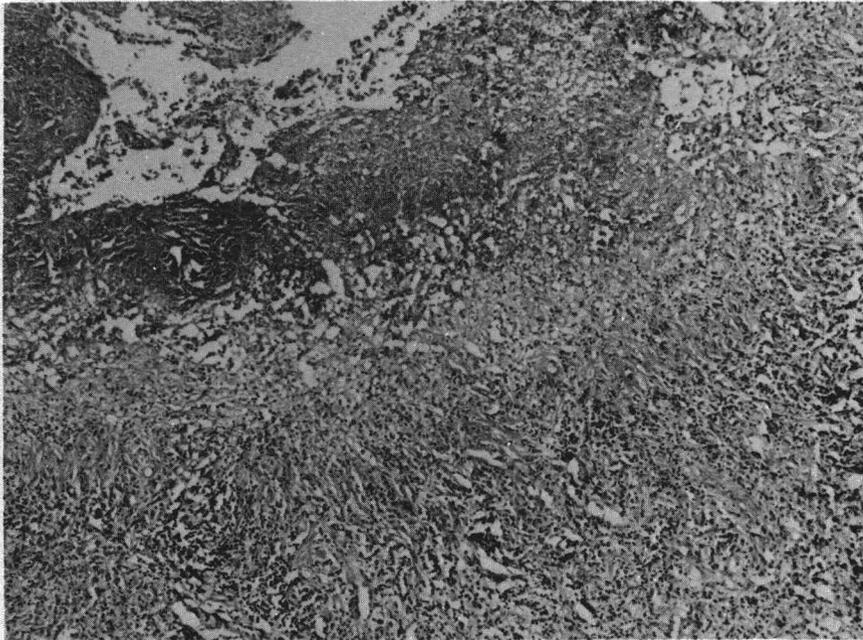


Fig. 3. Microfotografía que muestra una zona central de necrosis, rodeada de células mononucleares dispuestas en empalizada.

yen, pleuresía³ con o sin efusión, fibrosis intersticial difusa y neumoniosis reumatoidea (síndrome de Caplan). La fibrosis intersticial⁴ es la más común de todas ellas. En algunas ocasiones, dos o más manifestaciones pulmonares se presentan simultáneamente en un mismo paciente.

La enfermedad reumatoide del pulmón se manifiesta con más frecuencia en varones de media edad, grupo que presenta una mayor incidencia de carcinoma broncogénico.

En el pulmón reumatoide, la presencia de varios es más común que la de un nódulo aislado⁵; sin embar-

go, cuando un nódulo, cavitado o sólido, ocurre en un paciente con artritis reumatoide, el diagnóstico de nódulo reumatoideo necrobiótico no puede considerarse establecido a menos que un proceso tumoral o infeccioso haya sido descartado con apropiados estudios diagnósticos. En la mayoría de los casos, esta diferenciación requerirá una taracotomía exploradora, aunque la biopsia aspiratoria percutánea puede ser útil en algunas ocasiones⁶. Si la lesión es un tumor maligno, la biopsia aspiratoria será positiva en un 75 % de los casos. Si la lesión es un nódulo reumatoideo

necrobiótico, la biopsia no mostrará células malignas y puede ceder fragmentos de tejido granulomatoso de bastante especificidad.

Otras lesiones pulmonares cavitadas que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial son: linfosarcoma⁸, absceso pulmonar, granulomatosis de Wegener, tuberculosis e infecciones por hongos. El empleo de corticosteroides en el tratamiento de la artritis reumatoide, predispone al desarrollo de gérmenes oportunistas que podrían provocar la cavitación pulmonar.

Resumen

Se presenta un caso de pulmón reumatoideo manifestado por nódulo único ulcerado.

Los autores hacen resaltar la escasa frecuencia de tal manifestación pulmonar en la artritis reumatoidea y su dificultad en el diagnóstico diferencial con otras imágenes radiológicas similares.

Summary

CAVITARY RHEUMATOID PULMONARY NODULE

The authors presented a case of rheumatoid lung manifested as unique ulcerated nodule.

The authors emphasize the scarce frequency of such a pulmonary manifestation in rheumatoid arthritis, and the difficulty in its differential diagnosis with other similar radiological images.

BIBLIOGRAFIA

1. PENETTIERE, F., CHANDLER, B.F. y LIBCKE, T.H.: Pulmonary Cavitation in Rheumatoid Diseases, *Am. Rev. Resp. Dis.*, 97: 89, 1969.
2. PETTY, T.L. y WILKINS, M.: The Five Manifestations of Rheumatoid Lung. *Dis. Chest*, 49: 75, 1966.
3. LILLINGTON, G.A., CARR, D.I. y MAYNE, J.G.: Rheumatoid Pleurisy with Effusion. *Arch. Int. Med.*, 128: 764, 1971.

4. FRANX, S.I. y WEG, J.G.: Pulmonary Dysfunction in Rheumatoid Disease. *Chest*, 63: 27, 1973.
5. THADANI, U.: Rheumatoid Lung Disease with Pulmonary Fibrosis, Necrobiotic Nodules and Pleural Effusions. *Brit. J. Dis. Chest*, 67: 146, 1973.
6. MARTEL, W., ABELL, M.R., MIKKELESE, W.M. y WHITEHORUSE, W.N.: Pulmonary and Pleural Lesions in Rheumatoid Disease. *Radiology*, 90: 641, 1968.
7. STEVENS, G.M., WEIGEN, J.E. y LI-

- LLINGTON, G.A.: Percutaneous Needle Aspiration Biopsy of Localized Pulmonary Lesions with Amplifield Fluoroscopic Guidance, *Am. J. Roentgenol.*, 103: 561, 1968.
8. STEVENS, G.M., JANETOS, G. y LILLINGTON, G.A.: The Use of Needle Aspiration Biopsy in Benign Lung Diseases. Comunicación personal.
9. SAHN, S.A. y NEFF, T.A.: Cavitory Pulmonary Lymphosarcoma Masquerading as Rheumatoid Lung Disease. *J.A.M.A.*, 235: 2.751, 1976.